

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1941-1942 — N° 42

L'ulcère géant, pseudo-néoplasique,
de la
portion verticale de la petite courbure
chez les gens âgés

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 19 Décembre 1941

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marcel ROZIER

Externe des Hôpitaux de Lyon

Né le 17 Avril 1914, à NANTUA (Ain)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1941

L'ULCÈRE GÉANT, PSEUDO-NÉOPLASIQUE
DE LA
PORTION VERTICALE DE LA PETITE COURBURE
CHEZ LES GENS AGÉS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1941-1942 — N° 42

L'ulcère géant, pseudo-néoplasique,
de la
portion verticale de la petite courbure
chez les gens âgés

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 19 Décembre 1941

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Marcel ROZIER

Externe des Hôpitaux de Lyon

Né le 17 Avril 1914, à NANTUA (Ain)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

1941

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire
 Doyen
 Assesseur

M. L. HUGOUNENQ.
 M. J. LEPINE.
 M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN, PAVIOT,
 NICOLAS, VILLARD, NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET, CLUZET,
 BERARD, COURMONT, GUIART, PIÉRY, VORON, CADE, THÉVENOT Léon.

PROFESSEURS

Cliniques médicales
 Cliniques chirurgicales
 Clinique obstétricale et Accouchements
 Clinique ophtalmologique
 Clinique dermatologique et syphiligraphique
 Clinique neurologique et psychiatrique
 Clinique médicale infantile
 Clinique gynécologique
 Clinique d'oto-rhino-laryngologie
 Clinique urologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique et prophylaxie de la tuberculose
 Clinique des maladies infectieuses
 Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie
 Chimie biologique et médicale
 Chimie organique et Toxicologie
 Matière médicale et Botanique
 Parasitologie et Histoire naturelle médicale
 Anatomie
 Histologie
 Physiologie
 Pathologie interne
 Pathologie générale et thérapeutique
 Anatomie pathologique
 Chirurgie opératoire
 Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie
 Médecine légale
 Hygiène
 Pharmacie et Pharmacologie
 Hydrologie thérapeutique et Climatologie

MM. FROMENT.
 SAVY.
 PATEL.
 SALLY.
 X...
 BONNET.
 FAVRE.
 LEPINE J.
 MOURIQUAND.
 COTTE.
 REBATTU.
 CIBERT.
 TAVERNIER.
 DUFOURT.
 CHALIER J.
 PONTIUS.
 FLORENCE.
 MOREL.
 MANCEAU.
 GARIN.
 LATARJET.
 POLICARD.
 HERMANN.
 CORDIER.
 X...
 MARTIN J.-F.
 SANTY.
 ARLOING (F.).
 MAZEL.
 ROCHAIX.
 LEULIER.
 GATÉ.



PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Embryologie

M. NOEL.

AGREGES

MM.
 GABRIELLE
 CHAMBON
 REVOL
 EISELME
 SEDALLIAN
 CREYSSEL
 DE ROUGEMONT

MM.
 P. RAVAUULT
 PIGEAUD
 CROIZAT
 DELORE
 JOSSERAND
 MORIN
 BERTRAND

MM.
 CLAVEL
 LEVRAT
 PANSSILLON
 MALLET-GUY
 POMAN
 PEYCELON
 JOURDAN

MM.
 FROMENT (R.).
 MARTIN (P.-E.).
 MOUNIER-KUHN
 BROUSSY
 PIFFAULT

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. SAVY, *président* ; P. RAVAUULT, *assesseurs*
 LEVRAT et PEYCELON.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Sa vie reste pour moi le plus noble exemple.

C'est à lui que je dédie ce modeste travail, bien faible témoignage de ma reconnaissance.

A MA MERE

A MON FRERE

A MES ONCLES

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur P. SAVY
Professeur de Clinique Médicale
à la Faculté de Médecine

Au cours d'un semestre d'externat passé dans son service, nous avons pu profiter de la clarté et de la haute valeur de son enseignement clinique.

Nous lui exprimons notre respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MES JUGES

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur Agrégé P. RAVALT
Médecin des Hôpitaux

Nous avons vécu dans son service un des meilleurs semestres de notre externat. Il nous a accueilli avec une grande bienveillance et nous avons pu bénéficier de son enseignement si pratique et si près du malade.

Il a bien voulu nous confier le sujet de cette thèse et il ne nous a ménagé ni son temps ni ses conseils.

Qu'il trouve ici l'assurance de notre dévouement et de notre reconnaissance respectueuse.

A Monsieur le Professeur Agrégé LEVRAT
Médecin des Hôpitaux

Nous le remercions de l'honneur qu'il nous fait de participer à notre jury de thèse.

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur Agrégé PEYCELON
Chirugien des Hôpitaux

Les quelques mois que nous avons passés à ses côtés à l'Hôtel-Dieu nous furent particulièrement profitables.

Il nous a fait le grand honneur d'être notre juge.

Nous lui présentons, avec nos remerciements, l'expression de notre sincère attachement.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

Monsieur le Professeur Honoraire BERARD.

Monsieur le Professeur SAVY.

Monsieur le Professeur Honoraire VORON.

Externat :

Monsieur le Professeur Agrégé GUILLEMINET

Monsieur le Professeur Agrégé POLLOSSON.

Monsieur le Professeur Agrégé PEYCELON.

Monsieur le Docteur L. NOVE-JOSSERAND.

Monsieur le Professeur SAVY.

Monsieur le Professeur Agrégé P. RAVAUULT.

Monsieur le Professeur Agrégé DECHAUME.

A Monsieur le Docteur M. GIRARD
Ancien Chef de Clinique Médicale à la Faculté

Il a largement contribué au développement de nos connaissances médicales théoriques et pratiques.

En nous apportant une aide constante dans la rédaction de ce travail, il a acquis un titre de plus à notre reconnaissance.

Nous le prions d'accepter ici nos remerciements et l'assurance de notre fidèle dévouement.

A MES CAMARADES DE L'EXTERNAT
ET DE LA FACULTE

INTRODUCTION

I. — RAPPEL HISTORIQUE

La lecture des observations des auteurs anciens nous laisse deviner la symptomatologie de l'ulcère de l'estomac, qui était autrefois confondue avec celle de tous les syndromes douloureux de la région épigastrique.

Ce n'est guère qu'en 1830 que Cruveilhier découvrit véritablement l'ulcus gastrique. Vingt-sept ans plus tard, Brinton, produisant 1.400 observations, fit paraître un traité « *On ulcer of the stomach* » qui individualisait nettement cette maladie au milieu de toutes les autres affections gastriques.

En 1860, Kussmaul invente la pompe stomacale ; une ère nouvelle, physiologique, s'ouvre dans l'histoire de la pathologie gastrique.

Son importance sera bientôt minimisée par les données anatomiques et anatomopathologiques apportées par la radiologie et la chirurgie gastrique dont l'essor remonte à une soixantaine d'années environ.

En effet, c'est en 1881 que Wolfler pratiqua la première gastro-entérostomie. A la même époque Péan, puis Billroth firent les premières pylorectomies et gastrectomies. Grâce aux progrès incessants de la chirurgie au cours de ces dernières années, les interventions gastriques participèrent pour une grande part aux

progrès réalisés par la clinique dans les affections gastriques.

Parallèlement à la chirurgie de l'estomac, la radiologie apporta une aide inestimable à la gastro-entérologie.

Deux ans après que Röntgen eût découvert le principe des rayons X, Cannon, en 1897, fut le premier à leur donner une application dans le domaine du tube digestif, en faisant ingérer un mélange opaque à des grenouilles placées derrière l'écran. Une année plus tard, Roux et Balthazard firent les premiers essais sur l'homme. Le repas opaque entre définitivement en pratique après les travaux de Rieder de Munich, d'Holznecht de Vienne, de Haudeck, Beklere, de l'Ecole américaine avec Case, Cole, Carman et Pfahler. Ces travaux aboutissent bientôt à des résultats remarquables, on individualise la niche (Haudeck), la lacune (Holznecht) ; on commence à pratiquer l'examen en série (Cole). Plus récemment en France, Ledoux, Letard, Garcia-Calderon étudient les images d'évacuation et les plis de la muqueuse gastrique.

Ainsi nous voyons que les progrès de la technique radiologique joints à ceux de la chirurgie de l'estomac ont été, en une cinquantaine d'années d'un apport considérable à la clinique dans les affections gastriques, en particulier dans le diagnostic de l'ulcère et du cancer.

Sur ce sujet de nombreux points restent néanmoins à préciser. C'est dans ce but que M. le Professeur Agrégé P. Ravault nous a confié ce sujet de thèse. Nous tenons ici à lui rendre publiquement hommage pour la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli dans

son service, les conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer, la facilité avec laquelle il a mis ses observations à notre disposition.

Nous essayerons, dans ce modeste travail, de situer le plus exactement possible au sein de la pathologie gastrique une variété d'ulcère, « *l'ulcus géant, pseudo-néoplasique, de la portion verticale de la petite courbure chez les gens âgés* » et d'en tirer les déductions thérapeutiques qui semblent s'imposer.

II. — GENERALITES

On conçoit aisément l'importance du diagnostic rapide d'une lésion bénigne ou maligne de l'estomac.

S'il n'y a aucun intérêt thérapeutique à diagnostiquer un cancer gastrique à la période où il est devenu inopérable, il y a en outre un gros risque à faire opérer un malade pour une lésion gastrique alors que l'on n'a pas réuni tous les éléments affirmant la malignité de l'affection.

Or, malgré l'apport à la clinique des résultats d'examen de laboratoire (chimisme gastrique, réactions de Weber, etc...) et même de la radiologie, le diagnostic entre ulcère et cancer reste souvent difficile dans certains cas que nous allons brièvement rappeler :

I. — Sous le nom de CANCER ULCÉRIFORME on a décrit les cas de néoplasmes qui simulent l'ulcère. Ils sont assez fréquents. Peristiany dans sa thèse les classe en ces trois formes :

a) Dans certains cas, les douleurs tardives ont le type ulcéreux parfait, mais la périodicité est absente. Le cancer simule l'ulcère à évolution continue.

b) Le plus souvent, l'évolution du cancer est identique à celle de l'ulcère typique, avec poussées, arrêts

et rechutes. Le mimétisme va même jusqu'à la suspension des troubles par la thérapeutique anti-ulcéreuse.

c) Le cancer ulcérimforme peut enfin évoquer un ulcère à symptomatologie atypique.

Devant de tels tableaux cliniques, si trompeurs, le gastro-entérologue, pour établir son diagnostic, ne devra se fier qu'à des examens radiologiques pratiqués à intervalles réguliers.

Permettons-nous de dire ici qu'il ne pourra affirmer l'existence du cancer que, *lorsqu'aux rayons X, la lésion sera permanente ou progressive, quel que soit le contexte clinique.*

Une donnée topographique enfin peut l'aider : le cancer ulcérimforme est surtout fréquent sur la portion horizontale de la petite courbure, *rare sur la portion verticale.*

II. — Outre le cancer ulcérimforme, il faudra également se méfier des ASPECTS RADIOLOGIQUES PSEUDO-MALINS de l'ulcère gastrique. Au niveau de la petite courbure on aura essentiellement dans ce cas une image de niche suspecte, à grandes dimensions, irrégulière, non imprégnée de façon homogène par la baryte, en « pessaire », en « plateau ».

Disons en passant qu'ici encore le diagnostic ne pourra être affirmé que grâce à des examens radiologiques successifs, après l'application d'un traitement médical qui prend la valeur d'un véritable « *test thérapeutique de bénignité* ».

III. — L'ULCÈRE TRANSFORMÉ pose lui aussi un problème de diagnostic souvent difficile à résoudre. La

dégénérescence néoplasique d'un ulcère, si elle est fréquente dans la région antro-pylorique (et nous n'en étudierons pas ici les modalités) serait très rare au niveau de la portion verticale de la petite courbure. De nombreuses erreurs d'interprétation ont d'ailleurs été faites à ce sujet parce que l'on n'avait pas tenu compte de la possibilité de niche par cancer ulcérimorphe sur cette partie de l'estomac.

IV. — Enfin l'ulcère des gens âgés, dont le contexte clinique trompeur est lié à des signes radiologiques douteux à première vue, fait lui aussi le plus souvent penser au cancer.

Dans ce cas, le diagnostic avec la tumeur maligne est particulièrement difficile. On peut véritablement donner à cette variété d'ulcères le nom d'ULCUS PSEUDO-NÉOPLASIQUE DES GENS AGÉS. Ajoutons qu'une notion de topographie individualise avec précision ce syndrome : *le siège de la lésion est la partie verticale de la petite courbure.*

Nous étudierons plus loin les caractères cliniques et radiologiques de cet ulcère, les aspects différents qu'il peut revêtir, son évolution et sa thérapeutique. Qu'il nous soit permis dès à présent de dire que dans les observations que nous allons reproduire l'âge des malades est situé entre 50 et 71 ans ; tous ont un passé digestif récent n'excédant jamais quelques mois (moins d'un an) et chaque fois enfin les rayons X ont localisé la lésion au niveau de la portion verticale de la petite courbure.

PREMIERE PARTIE

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1 (*inédite*)

Due à l'obligeance de M. le Professeur Agrégé

P. RAVAUT

Gr. L., 55 ans, envoyé à la consultation par le Dr Ravault, salle Saint-Sacerdos, à l'Hôtel-Dieu, le 26 mai 1941, pour crises d'asthme et troubles digestifs *remontant à 7 mois environ*

Dans ses antécédents héréditaires, il n'y a rien à retenir.

Personnellement le malade nie la spécificité et avoue un éthylisme moyen de 1 l. 500 de vin par jour.

Il a joui d'une bonne santé jusqu'en 1914. A cette époque il contracte une bronchite qui par la suite va rechuter chaque hiver. Enfin, pendant la guerre de 1914-18, il fait une crise de rhumatisme articulaire aigu, sans endocardite. De 1918 à 1940 bonne santé habituelle, le malade exécute facilement son travail de mécanicien et, en particulier, il n'a *accusé aucun trouble digestif*. Les troubles qui amènent ce malade à l'hôpital remontent au mois d'octobre 1940, ce sont :

1° L'apparition d'emphysème qui se greffe à la bronchite chronique, avec expectoration et dyspnée. Une bacilloscopie pratiquée en décembre 1940 a été négative. De plus, des crises d'asthme fréquentes et rebelles à tout traitement viennent compléter ce tableau pulmonaire.

2° A côté de ces troubles respiratoires, le malade se plaint de troubles *digestifs ayant également débuté il y a 7 mois environ*.

Ils consistent en des douleurs localisées à la région épigastrique, post-prandiales tardives, survenant à 4 heures de l'après-midi et à 11 heures du soir. Elles n'ont pas de périodicité bien nette et sont atténuées par l'ingestion alimentaire. Il y a deux mois le malade fait une importante hématomèse qui nécessite un repos au lit de dix jours. Parfois il remarque que ses selles sont anormalement sombres.

Par ailleurs son état général n'est pas satisfaisant, ce malade est pâle, il a maigri de 15 kilos en un an, il est anorexique.

A l'examen. — L'abdomen est souple. Le foie déborde légèrement des fausses-côtes, la rate n'est pas perceptible. Il y a une zone douloureuse de la région épigastrique avec accentuation de la douleur à la pression. On ne perçoit aucune masse. Il n'y a pas d'ondes péristaltiques.

L'auscultation pulmonaire fait entendre une respiration à type emphysémateux avec expiration prolongée. Dans les deux champs pulmonaires, il y a de nombreux râles de bronchite surtout aux deux bases. L'expectoration est muqueuse, légèrement aérée, mais non purulente.

Au cœur les bruits sont normaux, la tension artérielle est à 12,5/9.

Les réflexes oculaires et tendineux sont normalement obtenus.

Dans les urines il n'y a ni sucre ni albumine. La



OBS. N° I. M. Gr. L., 27-5-1941.



Obs. N° 1. — M. Gr. L., 17-6-1941.



Обс. № I. — М. Гр. Л., 12-9-1941.

réaction de Bordet-Wassermann est négative dans le sang.

En résumé, malade de 55 ans, chez lequel on note : 1° une bronchite chronique avec emphysème et asthme, 2° un syndrome digestif remontant à 7 mois avec amaigrissement, pâleur, douleurs post-prandiales tardives et hématomèse il y a deux mois.

L'âge du malade, l'amaigrissement, la pâleur, l'apparition relativement récente des douleurs gastriques font penser à un néoplasme bien que leur rythme, leur caractère assez violent et l'hématomèse soient en faveur d'un ulcère gastrique.

On pratique un examen radiologique le 27 mai 1941. Les clichés montrent une énorme niche de la petite courbure un peu postérieure. On institue un traitement anti-ulcéreux avec bismuth et injections d'atropine. Le 7 juin 1941 le Dr Ravault fait noter: « Le malade vient de subir un abcès de fixation qui semble améliorer l'état asthmatique mais il reste asthénique, anorexique et l'on doit se *méfier de la nature néoplasique* de la lésion gastrique. »

Le 17 juin on constate que l'état général s'est brusquement amélioré. L'abcès a été considérable et avec sa guérison on assiste à une sédation complète de l'état asthmatique et des douleurs gastriques.

De nouveaux clichés radiographiques montrent déjà une diminution très nette de la niche. On continue le traitement anti-ulcéreux.

Le 22 juin 1941, l'état général est toujours bon. L'anorexie a disparu. Par ailleurs la respiration est

plus facile. Le malade demande à quitter le service. Il reviendra se montrer à la consultation.

Le 21 juillet 1941 le malade vient consulter parce que ses crises d'asthme ont fait leur réapparition dès son arrivée à son domicile, c'est-à-dire vers le 23 juin. Depuis cette date il est dyspnéique et ne peut dormir la nuit.

Ses troubles gastriques ont complètement disparu. Le malade qui a reçu quinze injections d'atropine et pris du bismuth pendant 20 jours ne fait actuellement que suivre un régime anti-ulcéreux.

Le 12 septembre 1941, M. Gr. L. revient à la consultation. Son état général est bon. Son teint est normalement coloré. Il n'est plus anorexique et pèse actuellement 59 kgs 600, il a pris ainsi 9 kgs 600 depuis sa sortie de l'hôpital en juin 1941, époque à laquelle il pesait 50 kilos.

Les douleurs gastriques ont complètement disparu et ce malade digère maintenant tous les aliments.

D'autre part, depuis son retour à Lyon après un séjour à la campagne, il y a une réapparition de l'état asthmatique pour lequel on donne un nouveau traitement.

Il nous a paru intéressant de suivre parallèlement à l'évolution clinique, l'évolution radiologique de la lésion gastrique. Les clichés montrent la disparition de la grosse niche qui siégeait sur la portion verticale de la petite courbure. Il ne persiste plus qu'une déformation triangulaire minime, correspondant à la cicatrice de l'ancienne niche.

Il s'agit donc là d'un malade d'un âge avancé (55 ans) dont le passé digestif douloureux est récent (7 mois environ).

Les douleurs sont plus ou moins rythmées par les repas; elles n'ont pas de périodicité fixe et furent il y a deux mois accompagnées d'une hématurie.

On note également une atteinte sérieuse de l'état général avec amaigrissement, pâleur, anorexie et perte de forces.

Les clichés radiographiques montrent une énorme niche aux bords un peu flous, assez haut située sur la portion verticale de la petite courbure.

C'est en raison de l'état général précaire du malade et de son véritable état de mal asthmatique que l'intervention chirurgicale ne fut pas discutée immédiatement et que l'on institua un traitement anti-ulcéreux.

En 15 jours on obtint des résultats merveilleux.

Des contrôles radiographiques montrèrent à ce moment une très nette diminution de volume de la niche. Cinq mois plus tard on note la disparition de cette image dont il ne subsiste qu'une petite déformation triangulaire, cicatrice vraisemblable de l'ancienne niche.

OBSERVATION N° 2 (*inédite*)

Due à l'obligeance de M. le Professeur Agrégé
P. RAVAUT.

M. C..., 60 ans, est vu le 13 août par le Dr Ravaut. Il se plaint *depuis trois semaines* de « brûlures d'es-

tomac » à horaire tardif (4 à 5 heures après les repas) nettement calmées par l'ingestion alimentaire. On note par ailleurs une anorexie invincible, de la lassitude et un amaigrissement de 5 kilos. Il n'y a rien à signaler dans les antécédents, si ce n'est une crise de brûlures gastriques 8 mois auparavant. Le malade nie l'éthylisme.

A l'examen on se trouve en présence d'un malade amaigri, au teint jaune paille. La langue est saburrale. On ne trouve ni œdème des membres, ni adénopathies.

La palpation du creux épigastrique réveille une douleur diffuse. On ne sent pas de tumeur. Il n'y a ni clapotage ni péristaltisme. Le foie n'est pas perçu. Par ailleurs l'examen viscéral est négatif. La tension artérielle est à 10/7,5. Ni sucre ni albumine dans les urines.

A la radioscopie on a : 1° un thorax normal; 2° le remplissage de l'estomac est normal. On note une déformation de la partie inférieure de la portion verticale de la petite courbure réalisant une large niche entourée d'un bourrelet périlacunaire. L'évacuation est normale, plutôt rapide. Des clichés radiographiques sont demandés. Ils confirment l'aspect vu à la radioscopie. On hésite entre une niche large d'ulcère simple et un néoplasme ulcéroforme.

Le malade est soumis à un traitement anti-ulcéreux (laristine, bismuth, belladone).

Il est revu le 10 septembre 1941, soit à peine un mois après le premier examen. Il dit avoir repris l'appétit et souffrir beaucoup moins. Il a récupéré 1 kilo.



ОБС. N° II. - - М. С., 14 8-1941.



Obs. N° II.— M. C., 9-9-1941.

L'examen objectif est négatif. De nouvelles radiographies montrent une rétrocession considérable de l'image.

On fait continuer le traitement médical.

Le 25 novembre 1941, M. C. est revu. Il ne souffre plus du tout de l'estomac. Il a un très bon appétit et a repris du poids et des forces.

L'examen clinique est entièrement négatif.

Dans cette observation on est en présence d'un homme de 60 ans, sans passé digestif notable, qui se plaint de douleurs tardives depuis 3 semaines. L'état général est touché avec amaigrissement, perte de forces et teint pâle.

Les premiers clichés montrent une large niche qu'on hésite à interpréter comme d'origine ulcéreuse.

Un traitement médical donne en un mois des résultats remarquables, tant au point de vue clinique que radiologique.

OBSERVATION III (*inédite*)

Due à l'obligeance de M. le Professeur Savy

M. N... V., 53 ans, vient le 4 décembre 1940 à la consultation de gastro-entérologie du Professeur Savy. Il est vu par le Dr Vachon qui le fait entrer dans le service après l'avoir passé à la radioscopie et découvre *une niche géante de la petite courbure*.

Dans les antécédents héréditaires de ce malade, il n'y a rien d'intéressant à signaler.

Personnellement il a présenté une pleurésie séro-fibrineuse à droite il y a deux ans.

C'est *depuis un mois* qu'il se plaint de douleurs gastriques. Il n'a jamais souffert de l'estomac auparavant. Ces douleurs, semi-tardives, siègent au creux épigastrique et s'irradient dans le dos et les lombes. Elles sont calmées par l'ingestion alimentaire et alcaline ainsi que par les vomissements.

M. N... V. a conservé l'appétit, mais a maigri depuis un mois de 6 kilos et a perdu ses forces.

A l'*examen*, on est en présence d'un malade amaigri et pâle.

La palpation abdominale gênée par la contracture musculaire réveille sous l'appendice xyphoïde un point douloureux très vif. Aucune masse n'est perçue. Ni le foie ni la rate ne sont hypertrophiés.

Par ailleurs on note une rétraction thoracique à droite, séquelle de la pleurésie. A l'auscultation quelques adventices dans le champ pulmonaire droit. Au cœur rien à signaler.

Tous les réflexes sont normalement obtenus.

Il n'y a ni sucre ni albumine dans les urines.

On se trouve en somme en présence d'un homme de 53 ans, sans passé gastrique antérieur, qui se plaint depuis un mois d'un syndrome épigastrique douloureux semi-tardif, coïncidant avec une déficience de l'état général. On envisage la possibilité d'un néoplasme d'autant plus que des clichés radiographiques nous montrent une niche assez bas située sur la portion verticale de la petite courbure, grosse comme une châtaigne, mal imprégnée par la baryte, et aux

bords irréguliers. Néanmoins, on soumet le malade à un traitement médical avec bismuth, atropine et infiltrations splanchniques (Dr Vachon).

Au bout de 15 jours, des nouveaux clichés montrent déjà une diminution de l'image radiologique. Le malade souffre moins et a repris des forces.

M. N... V. est revu deux mois après son entrée dans le service. Il ne souffre plus du tout, il a repris du poids et se sent en parfaite santé. De nouveaux clichés montrent la disparition totale de la niche.

Depuis, ce malade ne s'est plus représenté à notre consultation.

En somme chez un homme de 53 ans, sans passé digestif, apparition depuis un mois d'un syndrome épigastrique douloureux semi-tardif.

Notons que chez ce malade la symptomatologie est vraiment du type ulcéreux, mais les circonstances étiologiques et l'image radiologique suspecte évoquent le néoplasme.

Sur le plan clinique et radiologique, très bon résultat du traitement médical institué, confirmant la bénignité de l'affection.

OBSERVATION N° IV

Cl... A..., service du Dr P. RAVAUT
Hôpital de la Croix-Rousse

Cl... A..., 65 ans, entre le 30 mars 1938 dans le service du Dr Ravault, salle St-Nizier, à l'hôpital de la Croix-Rousse, pour amaigrissement, douleurs épigastriques et vomissements.

Il n'y a rien à retenir dans ses antécédents héréditaires.

Dans ses antécédents personnels, on note seulement un éthylisme d'environ deux litres par jour depuis de nombreuses années et une hydrocèle opérée il y a 5 ans.

Depuis deux ans, le malade a commencé à maigrir régulièrement en même temps qu'il se sentait moins fort, il a perdu 12 kilogrammes en deux ans. *Mais les troubles dont il se plaint et qui l'amenèrent sont récents puisqu'ils remontent à environ trois mois.* Depuis lors, il signale l'existence d'une constipation opiniâtre ne cédant qu'aux laxatifs et l'apparition de douleurs épigastriques apparaissant une demi-heure après les repas, violentes, évoluant d'une façon continue depuis trois mois, terminées et calmées par des vomissements alimentaires; néanmoins il ne vomissait qu'une partie de ses repas.

La persistance de ces troubles jointe à un amaigrissement important l'ont poussé à se faire hospitaliser.

A l'examen : malade au facies amaigri, il n'a pas perdu l'appétit, mais il mange peu pour ne pas souffrir cependant il aurait du dégoût pour la viande.

L'abdomen est souple, on note une zone douloureuse à deux travers de doigts au-dessus et un peu à gauche de l'ombilic, on ne sent aucune masse à ce niveau. Le foie et la rate ne sont pas perçus. Pas d'ondes péristaltiques. Au toucher rectal : prostate un peu hypertrophiée, ses limites sont nettes, sa consistance uniforme.

L'auscultation pulmonaire est négative. Cœur normal. Tension artérielle : 12,5/6,5.

Ni sucre, ni albumine dans les urines. Réaction de Bordet-Wassermann négative dans le sang.

En résumé : homme de 65 ans, amaigri, vomissant et se plaignant de douleurs épigastriques depuis trois mois seulement; on pense immédiatement à un cancer gastrique dont on demande la confirmation radiologique. Les clichés montrent alors une énorme niche du volume d'une châtaigne, occupant le tiers supérieur de la portion verticale de la petite courbure, elle est remplie d'une façon homogène par la baryte, mais ses bords en sont légèrement irréguliers, enfin au-dessous de la base de la niche la muqueuse gastrique est un peu moins imprégnée, mais on ne peut parler de niche s'inscrivant dans une lacune en arc.

Nous faisons *le diagnostic ferme de cancer de la petite courbure* et nous conseillons à ce malade une intervention qu'il refuse. Sans beaucoup d'espoir, nous entreprenons alors un traitement anti-ulcéreux avec bismuth et une série de vingt-et-une injections intra-musculaires de Laristine. Le malade quitte le service le 24 avril avant reçu onze injections; à notre étonnement nous notons la diminution nette des douleurs, la disparition des vomissements et une reprise de poids : 62 kgs 800 le 30 mars, 66 kgs le 24 avril.

Le 14 mai 1938. — Le malade vient se montrer et se déclare enchanté de son état, il ne souffre plus de l'estomac, a repris encore 3 kilogrammes depuis sa sortie du service. Nous le voyons à la radioscopie : on ne retrouve alors qu'une très petite niche en forme

d'épine, toute différente de l'image antérieure. Evacuation normale. Notre diagnostic était à reviser; il s'agissait certainement d'un ulcus simple. Malheureusement nous n'avons pas pensé à fixer cette modification par un cliché.

Par ailleurs, nous avons perdu ce malade de vue et il ne nous a pas été possible de le retrouver.

OBSERVATION N° V

M. V... M., service du Dr P. RAVAUULT. Hôtel-Dieu

M. V... M., 68 ans 1/2, entre le 25 mars 1939, salle Saint-Sacerdos, à l'Hôtel-Dieu, pour une hémorragie intestinale importante survenue la veille.

Aucun antécédent familial intéressant à noter. Personnellement, ce malade a toujours joui d'une excellente santé jusqu'à *il y a un mois et demi environ*. Il nie la spécificité et l'éthylisme.

L'affection actuelle ne date que de quarante-cinq jours environ; il s'est senti alors fatigué, asthénique, sans goût pour quoi que ce soit. Il a surtout remarqué l'accentuation de sa pâleur habituelle; il ne va à la selle que tous les trois ou quatre jours et encore en s'aidant de laxatifs. Parallèlement à cette constipation, le malade qui n'a jamais souffert de l'estomac, qui a toujours eu et conserve encore actuellement un excellent appétit, remarque que sa digestion est un peu pénible. Il a observé surtout le fait suivant : après le repas du soir pris à 8 heures tout se passe bien jusqu'au moment où il se couche vers 10 heures;

dès qu'il est étendu, il ressent alors derrière l'appendice xyphoïde et au creux épigastrique une sensation de gêne, de pesanteur, qu'il traduit en la comparant à l'effet dû à un poids qui lui écraserait la poitrine. Cette sensation douloureuse a une irradiation inter-scapulaire gauche et lombaire. Au bout d'une heure environ tout se calme. Ces crises douloureuses qui se développent sur un fond de pesanteur gastrique permanente, apparaissent très irrégulièrement, mais cependant volontiers deux à trois heures après les repas. Ces différents troubles malgré leur apparition journalière n'inquiétaient pas beaucoup le malade; ce dernier a maigri de 3 kilogrammes en un mois et demi.

Hier, 25 mars, il sort de chez lui après le déjeuner, mais se sent mal dans la rue et rentre très vite à son domicile vers 3 heures. Au moment où il arrive sur son palier, ses jambes se dérobent, la tête lui tourne, une grande faiblesse l'envahit et il n'a que le temps de sonner pour qu'on vienne le soutenir. Il n'a pas perdu connaissance, il reste assis toute l'après-midi, ne dîne pas et ne prend qu'un peu de tisane; vers 9 heures il se met au lit se sentant plus fatigué. Un peu avant 11 heures, il veut se lever pour aller à la selle et à ce moment un nouveau malaise le saisit plus violent que le premier; on doit l'aider à remonter dans son lit. Il a perdu certainement connaissance car il ne peut arriver à préciser le moment où il a eu des selles d'abord noirâtres, puis nettement sanglantes. L'entourage précise qu'il a présenté une syncope de trois à quatre minutes, qui fut suivie d'une transpi-

ration abondante et d'un pouls rapide. Un médecin appelé l'adresse d'urgence à l'Hôtel-Dieu.

A l'examen. — Malade de 68 ans, au teint très pâle et au facies amaigri. Examen pulmonaire négatif. Examen cardiaque négatif, la tension artérielle est à 12,5/7,5. La palpation de l'abdomen ne révèle aucun point douloureux précis, ni masse perceptible, le foie déborde légèrement mais il n'est pas dur, la rate n'est pas sentie. Le toucher rectal est négatif.

Le système nerveux est normal.

Dans les urines il n'y a ni sucre ni albumine.

L'examen sanguin donne les résultats suivants :

Hématies, 1.519.000; leucocytes, 11.000.

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles.	75
Polynucléaires éosinophiles.	2
Polynucléaires basophiles.	9
Monocytes.	2
Métamyélocytes.	2
Valeur globulaire.	1,1

Le Dr P. Ravault fait noter à l'entrée du malade :
« Nous n'avons pas vu l'hémorragie intestinale elle-même, mais le récit de cet homme semble bien en fait d'un melæna assez important. L'examen objectif est négatif. Comme le malade raconte que depuis deux mois il éprouve des troubles digestifs, qu'il maigrit un peu, on est tenté d'attribuer cette hémorragie intestinale à un néoplasme probablement gastrique, au début. »

Le 4 avril on procède à des examens radiographiques en série de l'estomac qui montrent très nette-

ment sur la portion verticale de la petite courbure une image de niche géante à base d'implantation très large, ses bords sont irréguliers, son aspect n'est pas homogène. Au-dessus et au-dessous d'elle on note un certain degré de raideur de la petite courbure. Grande courbure normale.

A la radioscopie : on est frappé par l'état de raideur de la petite courbure et l'absence d'ondes péristaltiques à son niveau.

On s'oriente vers le diagnostic de cancer ulcéreux et on conseille au malade une intervention qu'il refuse.

Ce dernier est alors traité comme un ulcéreux : régime léger, kaolin, bismuth, injections de Laristine; on y associe des injections d'extrait hépatique.

De nouveaux clichés sont pratiqués le 24 avril : la niche semble moins volumineuse, mais l'ensemble est toujours irrégulier et d'aspect un peu homogène. Parallèlement, l'état général s'améliore, le facies se colore, les forces reviennent, les hématies passent à 2.480.000 puis à 3.658.000, l'appétit se maintient.

Fin avril, le malade quitte le service en excellent état; on lui conseille de continuer la médication bismuthée et de venir se remontrer dans quinze jours.

Le poids, qui était de 51 kgs. 800 à l'entrée est de 57 kgs 600 à la sortie.

Le 16 mai 1939. — Nouveau séjour dans le service. Le malade continue à se sentir mieux, il ne présente plus de douleurs post-prandiales, ni de ballonnement, ni de constipation. Il n'a plus saigné. Il a grossi encore de 1 k. 650. L'examen somatique est

toujours négatif. De nouvelles radiographies montrent l'existence d'une niche à large implantation et très irrégulière, son volume est cependant moins important et la petite courbure paraît plus souple.

On se demande alors si au diagnostic de cancer ulcériforme porté jusqu'à présent on ne doit pas substituer celui d'ulcère simple. Malgré tout, un certain recul est nécessaire et on recommande au malade de venir encore se montrer dans un mois.

Le 21 juin 1939. — Le malade revient pour de nouvelles radiographies qui montrent l'effacement presque complet de la niche de la petite courbure. Il persiste cependant une déformation peu saillante à l'emplacement de la niche qui couvre une surface dix fois moins grande que la première fois. L'estomac au contact de la niche est redevenu normal.

Cliniquement le malade va parfaitement bien : il a repris 3 k. 500, l'appétit est excellent, les hématies sont à 4.185.000, il se sent fort. Néanmoins à plusieurs reprises, la nuit, vers minuit, se sont produits ces temps derniers quelques phénomènes douloureux gastriques. Le traitement anti-ulcéreux est continué.

En définitive, évolution parallèle de l'amélioration clinique et radiographique.

Le 20 septembre 1940, soit vingt mois plus tard, nous avons pu revoir ce malade et procéder à de nouveaux examens radiographiques. L'état clinique est excellent, l'appétit est parfait, les digestions sont bonnes, de temps en temps le malade signale quelques douleurs passagères au creux épigastrique lorsqu'il fait des repas copieux. Il n'a pas présenté d'hématé-

mèses, ni remarqué la présence de sang dans ses matières. Son teint est normal et ses forces sont entièrement revenues. La palpation du creux épigastrique est négative. Il pèse 72 kgs, soit 20 kgs 200 de plus que lors de son entrée dans le service en mars 1939.

La radiographie montre simplement une déformation triangulaire peu saillante, analogue à celle retrouvée sur les clichés de juin 1939, correspondant à la cicatrice ulcéreuse de l'ancienne niche.

Chez les malades qui font l'objet de ces deux dernières observations nous notons un syndrome digestif évoquant le néoplasme gastrique par la clinique et la radiologie.

En effet tous deux ont un âge avancé (65 et 68 ans 1/2) un état général déficient, des troubles digestifs d'évolution continue et surtout d'apparition récente. Au point de vue radiographique ils présentent chacun une volumineuse niche de la portion verticale de la petite courbure, aux bords irréguliers. De plus, les clichés dans la dernière observation montrent une imprégnation non homogène de la baryte avec au-dessous et au-dessus de la niche un certain degré de raideur de la petite courbure.

Dans ces deux cas, guidé par le tableau clinique et radiologique, on a pensé au néoplasme. L'intervention chirurgicale fut proposée à chacun des deux malades et refusée. Un traitement anti-ulcéreux institué en désespoir de cause a eu dans les deux cas un résultat merveilleux.

Chez l'un des deux malades un contrôle radiologique a pu être poursuivi pendant deux ans. Il a confirmé la nature bénigne de la lésion.

OBSERVATION N° VI

M. Gar... Service du Professeur SAVY,
Hôpital de Grange-Blanche

M. Gar..., 52 ans, vient à la consultation de gastro-entérologie du service du Professeur Savy, le 10 décembre 1940, parce qu'il présente *depuis quatre mois* un syndrome douloureux post-prandial tardif : douleurs assez violentes siégeant au creux épigastrique, apparaissant tous les jours deux heures environ après chaque repas et s'accompagnant d'asthénie, d'un amaigrissement de 4 kgs, d'un certain degré d'anorexie. Il n'y a pas de vomissements. Interrogé au sujet de troubles gastriques antérieurs, le malade déclare n'avoir jamais souffert de l'estomac. Devant l'apparition récente des troubles à un âge relativement avancé, devant les signes généraux qui les accompagnent, on songe à l'existence d'un néoplasme gastrique, en faisant des réserves pour la possibilité d'un ulcère du type « ulcère géant ». La radioscopie montre, au niveau de la partie inférieure de la petite courbure, à l'union du segment horizontal et du segment vertical une grosse niche dont l'aspect, comme le siège est très suspect : elle est irrégulière, non homogène, entourée d'une zone rigide. Malgré cet aspect, avant de poser l'indication d'une gastrectomie, on dé-

cide de soumettre pendant un mois le malade au *test thérapeutique*. Il reçoit du bismuth et des injections d'histamine (1/10^e de milligr.) et est mis au repos. Revu au bout d'un mois, l'état s'est très amélioré, le malade a pris bonne mine, il a grossi de 2 kgs 500, ne souffre pas, son appétit est excellent, la radioscopie et des clichés radiographiques montrent la disparition complète de la niche notée il y a un mois.

Le 1^{er} mai 1941, le malade est en excellent état.

Chez ce malade de 52 ans on note donc un syndrome douloureux du type ulcéreux, d'apparition récente (4 mois), accompagné d'anorexie et d'amaigrissement.

La radioscopie montre une niche que la baryte n'imprègne pas de façon homogène, de forme irrégulière, entourée d'une zone d'aspect rigide.

Devant un tel tableau clinique et radiologique on a envisagé la possibilité d'un néoplasme.

Un traitement médical est néanmoins essayé. Contre toute attente il donne de très bons résultats que viennent confirmer des clichés radiographiques qui mettent en évidence la disparition complète de la niche.

OBSERVATION N° VII

Résumé présenté par M. R.-A. GUTMANN, à la *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 27 janvier 1939

Il s'agit d'un homme de 50 ans. *Depuis six mois*, il a peu à peu perdu l'appétit, puis s'est mis à souffrir.

Il s'agit de sensations douloureuses épigastriques à type tardif, surtout nocturnes, peu marquées et qui, dans ces derniers temps seulement « commencent à devenir pénibles ». Le malade a maigri considérablement, mais il ne sait pas de combien. Depuis deux mois pourtant il s'est pesé et, pendant ce court laps de temps, il a perdu 8 kilogrammes.

Les radiographies faites le 30 septembre 1938, montrent toute la petite courbure verticale occupée, dans ses trois-quarts environ, par une énorme niche de plusieurs centimètres de profondeur ; l'estomac, à son contact a ses plis disparus ; l'aspect y est flou.

Le malade est couché, mis à un traitement comprenant pansements et protéinothérapie. Les douleurs se calment lentement.

Trois semaines après, le 21 octobre, de nouveaux clichés montrent la persistance de la niche ; elle a pourtant diminuée un peu de profondeur et de hauteur ; l'estomac, au contact de la niche, est redevenu normal.

Dans ces conditions, le malade étant d'ailleurs hostile à l'idée d'intervention, le traitement médical est continué.

L'état s'améliore peu à peu et des clichés du 30 novembre montrent maintenant une petite niche banale, couvrant une surface dix fois moins grande que la première fois. Le malade va de mieux en mieux. On peut d'ores et déjà affirmer que cette lésion est bénigne et va disparaître complètement.

OBSERVATION N° VIII

Résumé présenté par M. R.-A. GUGMANN dans « *Les Syndromes douloureux de la région épigastrique* », tome I, page 60.

M. D..., 71 ans, nous est envoyé par les Docteurs Piquet et Lorne de Sens en décembre 1935. *Pour la première fois de sa vie, ce malade a été pris en août 1935, cinq mois plus tôt, de douleurs gastriques.* Il souffre tous les jours vers 3 h. 1/2 de l'après-midi, moins souvent la nuit. Les douleurs sont d'une extrême violence, le malade est obligé de s'étendre, de mettre des bouillottes, des compresses chaudes. Au mois de septembre, c'est-à-dire un mois après le début des accidents le malade fait un melæna important. En octobre, apparition d'un second melæna qui a dû être très abondant, car, lorsque je vois le malade, en décembre, il est encore extrêmement pâle et fatigué; il a maigri de 3 kilogrammes. M. D... est porteur de radios faites il y a quelques jours à Sens, qui montrent une niche irrégulière de la petite courbure des dimensions et de la forme d'un gros noyau de pêche.

Nous avons donc ici : âge, début brusque et intense, violence des douleurs, amaigrissement, énorme niche, hémorragie, le tout évoluant d'une traite depuis 1 mois. Nous avons néanmoins déconseillé l'intervention d'emblée à cause de l'âge, de la fatigue, du fait aussi qu'il s'agissait d'un hypertendu aortique et aussi parce que nous savions parfaitement, par de

nombreux cas, qu'un ulcère tout à fait banal pouvait commencer de cette façon dramatique, même à 71 ans.

Or, sous l'influence de pansements gastriques, d'injections intra-veineuses de protéine, d'un régime léger, ce malade a cessé de souffrir, a repris appétit et poids. En même temps, sa niche a régressé progressivement jusqu'à la taille d'un noyau de cerise, en janvier 1936 pour disparaître ensuite complètement.

Dans ces deux dernières observations empruntées à M. R.-A. Gutmann, il s'agit d'hommes de 50 et 71 ans qui ont un passé digestif récent (6 mois et 5 mois).

On note toujours, dans les deux cas, une baisse de l'état général avec amaigrissement, pâleur.

Par contre, si dans la première observation les douleurs sont peu marquées et de caractère peu net, elles sont, dans la seconde, très violentes, rythmées par les repas, diurnes surtout, accompagnées de deux mélœnas.

Chez ces deux malades les radiographies ont montré une énorme niche de la petite courbure avec des bords un peu flous.

L'un des malades fut hostile à l'idée d'intervention, pour le second, l'âge et le mauvais état général le contre-indiquant, un traitement médical fut institué dans les deux cas. Véritable « *test thérapeutique de bénignité* ». Ce traitement anti-ulcéreux eut chez ces deux malades des résultats surprenants entraînant la diminution très nette des signes radiologiques.

OBSERVATION N° IX

Résumé présenté par M. R.-A. GUTMANN, dans « *Les Syndromes douloureux de la région épigastrique* ».
Tome I, page 51.

M. T..., 68 ans, m'est adressé le 26 septembre 1933 par le Dr Guilain (de Saint-Cloud). *Un mois auparavant*, les 25 et 27 août, brusquement surviennent des mélénas extrêmement abondants qui laissent le malade anéanti; des clichés, pratiqués lorsque le malade peut se lever, montrent une niche de la petite courbure de la taille d'une noix.

Le malade, lorsque je le vois en septembre est pâle, amaigri, très fatigué. En l'interrogeant, nous apprenons que depuis juin l'appétit avait baissé, le malade ayant un peu maigri. Il n'y avait pas ou peu de douleurs. Malgré ces éléments classiquement inquiétants, je conseille de voir l'effet d'un traitement médical à type d'ulcère qui permettra de prendre une décision chirurgicale plus tard, cette décision n'étant, comme je le dis au Docteur Guilain, nullement certaine, car il peut très bien s'agir d'une première poussée ulcéreuse.

Sous l'influence du traitement (bismuth, belladone, huile, acides aminés, extrait parathyroïdien) l'état général remonte et l'appétit revient; les radiographies, pratiquées de 15 en 15 jours, montrent la diminution progressive, puis la disparition complète de la niche. Le malade va actuellement tout à fait bien.

Il s'agit là d'un homme âgé (68 ans) sans passé gastrique dont le premier symptôme digestif fut un melaena s'accompagnant de baisse de l'état général, d'amaigrissement et de pâleur.

Des clichés radiographiques montrent une assez grosse niche de la petite courbure.

Un traitement médical est tenté et réussit pleinement. L'évolution est identique au point de vue radiologique : on voit diminuer puis disparaître la niche. Nous avons là encore un double test signant la nature bénigne de cette affection gastrique d'allure néoplasique.

OBSERVATION N° X

Résumé présenté par R.-A. GUTMANN, dans « *les syndromes douloureux de la région épigastrique* ». Tome I, page 61.

Il y a quelque temps, je vis, avec le Dr André Blondel, un homme d'une soixantaine d'années qui, depuis quelques semaines, s'était mis à souffrir brusquement de douleurs épigastriques et transfixives, d'une telle intensité qu'elles lui arrachaient des cris et que l'emploi quotidien d'injections multiples de morphine était devenu indispensable pour permettre au malade de les supporter.

Les radios montraient sur la petite courbure, dans la partie haute, une niche d'environ 15 cms de long, sur environ 2 centimètres de profondeur. L'état général du malade était devenu extrêmement mauvais et

le lait seul était, non même toléré, mais moins violemment douloureux que les autres aliments. Le siège de l'ulcère, la fatigue du malade, son obésité, son état cardiaque antérieur pour lequel le Docteur Blondel le soignait depuis longtemps, n'étaient pas des conditions chirurgicales bien séduisantes.

Nous décidâmes d'un traitement médical : , je fis d'ailleurs remarquer au Docteur Blondel qu'il était probable qu'il s'agissait d'une première poussée ulcéreuse, que la niche diminuerait et même, probablement disparaîtrait. Les pansements gastriques, les injections quotidiennes de protéine intraveineuse vinrent très rapidement à bout des douleurs, une alimentation normale fut peu à peu reprise, les injections de morphine furent cessées et j'ai eu le plaisir de voir depuis ce malade venir chez moi avec notre collègue Blondel, ne souffrant plus et porteur de nouvelles radiographies sur lesquelles on constatait la disparition complète de la niche géante.

En somme malade âgé, ayant un passé gastrique très récent.

Nous notons dans cette observation :

L'intensité des douleurs, le mauvais état général et au point de vue radiologique une grosse niche de la portion verticale de la petite courbure.

Un traitement médical est essayé. On obtient rapidement la cessation des douleurs, la reprise de l'état général et la disparition de l'image radiographique.

OBSERVATION N° XI

in *thèse* de LANCHOU, Paris, 1939, page 35.

M. T..., âgé de 50 ans, nous est adressé par son médecin. *Pour la première fois de sa vie*, ce malade se met à se plaindre de son tube digestif; il souffre, mais peu et de façon intermittente. Ce qui attire surtout l'attention, c'est la fatigue, la pâleur et l'amaigrissement progressif; l'appétit reste pourtant bon et le malade ne vomit pas. M. T... suit divers traitements et finalement, alors que la maladie dure déjà depuis six mois, il va consulter son médecin, qui le fait radiographier, puis nous l'adresse.

Il existe en effet, sur la partie verticale de la petite courbure, une niche monstrueuse de la taille d'une mandarine, dont tous les caractères joints à l'histoire clinique, orientent vers l'idée d'un gros cancer ulcéré. Or, sous l'influence du traitement médical, l'état général s'améliore, les troubles disparaissent; de nouvelles radiographies pratiquées de 15 jours en 15 jours montrent la rapide diminution de la niche; celles du 24 septembre (les premières étant du 2 août) montrent qu'il ne reste plus qu'une petite pointe à l'endroit de l'ancienne niche; en octobre il ne reste plus rien.

Encore ici, malade de 50 ans; sans passé gastrique, se plaignant depuis peu de douleurs gastriques aty-

piques. Baisse de l'état général sans anorexie. Enorme niche de la petite courbure. On pense à un néoplasme. Un traitement médical essayé fait disparaître en peu de temps les signes cliniques et radiologiques.

DEUXIEME PARTIE

INDIVIDUALISATION DU SYNDROME

A la lumière des observations que nous venons de reproduire nous allons essayer de fixer avec le plus de précision possible les caractères de « l'ulcus géant pseudo-néoplasique de la partie verticale de la petite courbure chez les gens âgés ».

Circonstances étiologiques

Ces ulcères n'apparaissent, semble-t-il, que sur un terrain spécial. On les rencontre chez des malades d'un *âge relativement avancé*. Nos observations ont trait à des sujets dont le plus jeune a 50 ans, le plus vieux 71 ans; la plupart d'entre eux ont atteint la soixantaine.

Comme pour l'ulcère gastrique en général, *la prédominance revient au sexe masculin*.

Sur les onze observations que nous avons présentées il s'agit chaque fois d'un homme.

Une notion constante sur laquelle R.-A. Gutmann a insisté, est qu'il s'agit presque toujours de *sujets débilisés*, à réactions affaiblies. Il a ainsi observé de tels ulcères chez des cardiaques, des convalescents de maladies infectieuses. L'alcoolisme peut également être une cause de débilitation générale, comme le font remarquer MM. Savy, Vachon et Romagny.

Dans nos observations, si plusieurs malades n'ont aucun passé pathologique notable, deux d'entre eux

sont des éthyliques moyens et un autre enfin, est un bronchitique chronique depuis 20 ans, qui présentait au cours de son séjour à l'Hôpital un véritable état de mal asthmatique évoluant en même temps que son ulcère.

Dans une publication récente, MM. J. Barbier et G. Piquet attirent l'attention sur une circonstance étiologique tout à fait particulière. Ils présentent en effet sept cas d'ulcère aigu de l'estomac, simulant le cancer, chez des gens âgés « *soumis à une série d'extractions dentaires en vue d'un appareillage complet* ». Ils interprètent le facteur « *extractions dentaires* » comme jouant un double rôle, mécanique parce qu'il gêne la mastication, et microbien en apportant à l'estomac des sérosités infectées.

Pour notre part, nous n'avons retrouvé cette notion dans aucune de nos observations.

Devant la fréquence actuelle des ulcères aigus on peut se demander si ne joue pas un facteur d'ordre alimentaire (consommation en grande quantité de légumes à trame dure) ?

Retenons donc que l'ulcère géant de la portion verticale de la petite courbure a une prédilection particulière pour les gens âgés et débilités. Une série d'extractions dentaires favoriserait son apparition pour MM. J. Barbier et G. Piquet. Le rôle de l'alimentation actuelle est à discuter.

Caractère récent des troubles

C'est là un des points essentiels du syndrome. Quel que soit le caractère où l'intensité des douleurs et des troubles ressentis par le malade, ils remontent toujours à peu de temps. Il s'agit de *sujets n'ayant jamais eu de passé gastrique*. Le début des manifestations remonte à quelques semaines parfois à quelques mois, rarement à plus d'un an. C'est ainsi que dans nos observations la maladie avait débuté cinq semaines auparavant dans le cas le plus typique à ce point de vue. Le sujet dont les troubles étaient les plus anciens souffrait depuis 7 mois seulement (observation n° 1).

Nous insistons sur ce caractère récent des troubles qui réalise chez des sujets âgés une véritable première poussée ulcéreuse absolument différente du syndrome ulcéreux sénile.

Les circonstances étiologiques jointes à l'apparition depuis peu de temps de troubles gastriques font évidemment penser à la possibilité d'un néoplasme d'autant plus que des signes cliniques et radiologiques trompeurs vont compléter ce tableau.

Symptomatologie

Dans le plus grand nombre de cas, l'aspect clinique est tout à fait pseudo-néoplasique. Les *douleurs* sont peu vives au début, mal rythmées par les repas; la

notion de périodicité n'est pas retrouvée. Parfois une *hématémèse* est le premier signe de la maladie; le plus souvent elle apparaît une fois le syndrome bien constitué. Le vomissement, signe de peu de valeur, est inconstant. Les phénomènes douloureux passent du reste au second plan, éclipsés par les modifications importantes de l'état général. Le malade a mauvaise mine, *il est amaigri*. La perte de poids est une notion constante que nous retrouvons dans toutes nos observations; elle peut même être considérable, atteignant 8 kg. en deux mois chez le malade qui fait l'objet de notre observation n° VII.

L'*anorexie* est fréquente, élective ou totale, s'accompagnant d'une asthénie plus ou moins accentuée.

L'*anémie* avec pâleur, est un facteur de plus évoluant le néoplasme. Les examens de laboratoire ne nous apportent aucune indication qui mérite d'être retenue. Les Weber sont positifs dans la forme hémorragique; quant aux modifications chimiques du suc gastrique elles n'ont rien de bien caractéristiques. L'hyperchlorhydrie est exceptionnelle, le taux de l'acide chlorhydrique est le plus souvent normal; l'hypochlorhydrie peut même se voir.

Quels sont donc après l'interrogatoire et l'examen clinique de ce malade les arguments qui pourraient nous orienter vers le diagnostic d'ulcère ? Aucun. On se trouve en présence d'un sujet affaibli, ayant dépassé la cinquantaine, qui, sans jamais avoir souffert auparavant, se plaint depuis quelques mois d'une baisse de l'état général avec amaigrissement et de

douleurs gastriques. La seule présomption que l'on puisse avoir, avant de pratiquer un examen radiologique, est celle d'un néoplasme.

Variantes cliniques

Il est cependant des cas où le cancer est simulé avec moins d'exactitude.

Signalons d'abord une forme qui rappelle fidèlement l'ulcère par le caractère, le rythme et quelquefois même la périodicité des douleurs. Il s'agit de malades qui nous racontent l'histoire classique de l'ulcère : apparition de douleurs épigastriques semi-tardives violentes, s'irradiant en ceinture ou dans le dos à gauche, calmées par les vomissements, l'ingestion alimentaire ou alcaline. Les crises douloureuses évoluent par périodes séparées d'intervalles sains.

Quelquefois même on se trouve en présence d'une véritable *forme pseudo-tabétique*, avec douleurs exagérées. Le malade qui fait l'objet de notre observation n° X se plaignait de douleurs épigastriques transfixives d'une intensité telle qu'elles lui arrachaient des cris et exigeaient plusieurs injections quotidiennes de morphine. Il s'agit là d'une variété d'ulcère, décrite par Babinski, puis plus tard par Savignac et Alivisatos, qui fait penser à la crise gastrique du tabès. Cette forme compliquant le problème qui nous intéresse, pose des cas de diagnostic difficiles avec les accidents gastriques chez les syphilitiques.

Si ces variantes cliniques évoquent l'ulcère par les

données de l'interrogatoire et surtout par le caractère des douleurs, elles ne nous permettent toutefois pas de poser le diagnostic d'ulcère. En effet l'âge avancé du malade, l'apparition récente des troubles et l'altération profonde de l'état général sont bien plus en faveur d'un cancer ulcérimorfe que d'un ulcère.

Signalons enfin l'existence d'une *forme hémorragique*. C'est celle que nous retrouvons dans nos observations n^{os} V et VIII. L'hémorragie n'est pas pathomonique de l'ulcère. Il existe un cancer gastrique à type d'ulcère hémorragique. Cette forme de néoplasme simule cliniquement les ulcères où toute la symptomatologie est composée d'hémorragies digestives à répétition. Notre observation n^o IX a trait à un malade dont le premier trouble fut un melæna. C'est là une *forme à début hémorragique pur* qui se retrouve également dans le néoplasme.

En somme, ces différents aspects cliniques, s'ils s'éloignent du type pseudo-néoplasique pur, n'apportent pas pour tout ça au gastro-entérologue un argument tranchant de diagnostic en faveur de l'ulcère.

Les signes radiologiques

Leur intérêt est considérable. A première vue ils semblent apporter une preuve de plus en faveur du cancer. De même que les symptômes ils sont pseudo-malins.

La radioscopie et la radiographie vont nous montrer

dans la plupart des cas une *niche géante* sur la partie verticale de la petite courbure.

Le premier caractère de la niche est qu'elle est volumineuse. Les clichés que nous avons reproduit montrent dans un cas sur deux une niche approximativement grosse comme une noix. On trouve dans la littérature des descriptions de niches de la partie verticale de la petite courbure atteignant le volume d'une mandarine.

La forme de la niche géante est aussi intéressante à étudier. Généralement arrondie (c'est le cas dans les clichés que nous reproduisons) elle peut aussi se présenter « *comme un quartier d'une petite orange qui serait appliquée par son bord rectiligne contre le profil de la petite courbure* » (R. A. Gutmann). Nous avons cet aspect sur le cliché n° 2 de notre observation n° I (page 27). On peut également noter des niches aplaties.

La surface d'implantation sur la petite courbure se fait largement par sa base. Il n'y a pas de collet entre la niche et l'estomac.

Les contours de la niche ne sont pas régulièrement dessinés par la baryte, ils sont plus ou moins flous, apportant ainsi une présomption de plus en faveur du néoplasme.

Ses faces présentent des irrégularités analogues à celles que nous venons de voir sur son profil. L'opacité n'est pas totale et homogène ainsi qu'on l'a décrite dans l'ulcère classique ; on a des aspects pommelés, nuageux, traduisant un défaut d'imprégnation par la baryte. Ce signe a un caractère particulièrement inquiétant, plaidant encore en faveur du cancer.

Quel est l'état de l'estomac autour d'une telle niche ? Des modifications vont apparaître dans la forme de son profil, dans l'homogénéité de son opacité, dans l'aspect de sa muqueuse.

Il est fréquent de noter des segments raides de la petite courbure qui réalisent le type de « *niche sur fond plat* », d'allure franchement néoplasique. La grande courbure est le plus souvent normale ; il peut parfois s'y dessiner un spasme. Sur la face gastrique on peut voir de vastes zones claires, et à l'évacuation une disparition des plis de la muqueuse.

Pourquoi tous les signes radiologiques sont-ils pseudo-néoplasiques ? Aucun des malades présentés dans nos observations n'ayant été opéré, il nous manque un contrôle de grande valeur, celui de l'anatomie pathologique. Essayant d'interpréter ces aspects radiologiques nous pensons qu'ils sont à rapprocher de ceux qui ont été décrits par Bastecki et Varadi, E. Weill et Benzaquen, Harvier, Le Melletier et Claisse au cours des anémies pernicieuses, par R. Chevalier dans les gastropathies allergiques, par Gutmann dans les gastrites aiguës œdémateuses. On invoque des modifications anatomiques ou des troubles fonctionnels qui atteignent la muqueuse, en produisant de l'œdème, et les fibres musculaires, en les hypertrophiant. Ces causes interviennent sûrement, mais sont secondaires à la *gastrite inflammatoire péri-ulcéreuse* qui est véritablement à l'origine du caractère pseudo-néoplasique des signes radiologiques.

Si nous étudions le *siège* de la niche après tous les

autres signes radiologiques, c'est que ce caractère topographique a une importance tout à fait particulière en ce sens qu'il n'évoque pas le néoplasme avec autant de netteté que les autres.

La localisation de la niche géante dans le segment limité, en haut, par l'abouchement du cardia, en bas par l'angle de l'estomac, est pour Gutmann pathognomonique de l'ulcère. Cette considération semble être exacte dans l'ensemble des cas. Néanmoins on a signalé sur cette partie de la petite courbure la présence de cancer ulcérimforme. MM. Savy, Vachon et Romagny ont publié une observation typique dans ce sens et ils admettent en général « *qu'une niche volumineuse et profonde est le plus souvent ulcéreuse lorsqu'elle occupe la partie moyenne du segment vertical de la petite courbure ; qu'elle peut être cancéreuse ou ulcéreuse lorsqu'elle est située sur la partie inférieure de ce segment vertical et sur l'angulus, etc...* »

Voilà donc encore un signe radiologique qui, s'il n'a pas le caractère pseudo-néoplasique pur des autres, n'en reste pas moins des plus douteux.

Après ce court aperçu nous pouvons nous demander avec une légitime curiosité en quoi réside l'intérêt diagnostique de la radiologie dans l'ulcus pseudo-néoplasique de la petite courbure chez les gens âgés ? Nous verrons dans le chapitre suivant qu'il est immense et détermine à lui seul la conduite thérapeutique à suivre.

Evolution

Il y a quelques années seulement on considérait l'ulcère géant de la petite courbure comme une affection très grave (Mathieu et Moutier, Peco et Ferrera, Bocca et Rico, Burger et Merrel). Les auteurs américains posaient en axiome que « *tout ulcère de plus de 3 cms est malin* ».

Ces conceptions ont vécu. On a établi actuellement que cet ulcus est un des plus bénins par le fait de la sensibilité particulière qu'il possède à la thérapeutique médicale.

Sur la portion verticale de la petite courbure, l'ulcère, nous l'avons déjà dit, ne se transforme jamais. Donc aucun risque de dégénérescence maligne. Seules des erreurs de diagnostic confondant cancer ulcérimorphe et ulcus pseudo-néoplasique ont à tort donné à ce dernier une si mauvaise réputation.

Néanmoins, non traité, abandonné à lui-même, il n'aurait pas pour Gutmann « *la tendance spontanée à la guérison qui marque habituellement l'ulcère* ».

Par contre, sous l'effet d'un traitement médical bien conduit, on assiste à une régression des signes cliniques et radiologiques. Nos observations nous ont en effet montré qu'en un temps n'excédant guère un mois les signes fonctionnels s'estompaient puis disparaissaient complètement tandis que l'état général s'améliorait. Parallèlement les clichés radiographiques redevenaient normaux ou tout au plus restaient stationnaires.

Cette évolution des signes cliniques et radiologiques, si étroitement liée à la thérapeutique, constitue l'élément capital du diagnostic de cette affection ainsi que nous allons le voir plus loin.

TROISIEME PARTIE

DIAGNOSTIC

Chez un homme âgé, à l'état général déficient, se plaignant depuis peu de douleurs gastriques, quels vont être les éléments nous permettant de faire le diagnostic d'ulcère ?

Ce ne sont pas les arguments cliniques. Nous avons vu qu'ils nous orientent vers le néoplasme. L'âge, le début récent des troubles, le caractère des douleurs, l'intensité des signes généraux sont autant de facteurs en faveur du cancer. L'influence de la thérapeutique elle-même sur les signes cliniques n'a pas une valeur diagnostique absolue. En effet, au cours de l'évolution du cancer ulcéreux de la petite courbure (vérifié histologiquement par la suite) on a souvent observé, sous l'influence du traitement médical, de longues rémissions dans les phénomènes cliniques, interprétées parfois comme une véritable guérison.

Rien en somme dans l'allure ni dans l'évolution des signes cliniques ne nous autorise à diagnostiquer une lésion bénigne.

C'est donc à la radiologie qu'il faudra faire appel pour écarter l'idée de cancer, le pronostic qui en découlerait et la thérapeutique chirurgicale qui s'imposerait immédiatement.

Nous avons vu que les signes radiologiques en eux-mêmes ne peuvent dans de nombreux cas apporter que de faibles présomptions en faveur de l'ulcère.

Qu'il nous soit permis ici de rappeler comparative-

ment les caractères bénins et malins d'une niche géante de la portion verticale de la petite courbure.

Le *siège* de la lésion, nous l'avons déjà dit, serait plus en faveur de l'ulcus que du néoplasme, bien qu'il faille faire des réserves pour la possibilité d'un cancer ulcérimforme.

Il faut abandonner l'idée qu'il est possible de juger le caractère bénin ou malin d'une niche par sa *taille* et sa *morphologie*.

La présence d'irrégularités sur le contour de la niche, l'état de l'estomac à son alentour sont encore des signes qui sont loin d'être pathognomoniques de l'ulcus.

En somme, de tous ces caractères radiologiques il ne faut retenir que le siège de la niche comme une vague présomption d'ulcère.

Jointe à des signes cliniques douteux, cette particularité de localisation nous suffira-t-elle pour poser fermement le diagnostic d'ulcère ? Non ; il existe heureusement un moyen de différencier ces images malignes et pseudo-néoplasiques, c'est, *sur une durée relativement courte, l'évolution de la lésion, suivie grâce à des examens radiologiques successifs, après l'application d'un traitement médical anti-ulcéreux.*

Nous étudierons plus loin les modalités et les résultats de ce traitement pour ne considérer maintenant que son intérêt diagnostique.

On ne comprendra bien la valeur diagnostique du « test thérapeutique de bénignité » que si l'on est absolument pénétré de cette notion capitale qu'est la diffé-

rence d'évolution des signes radiologiques chez un ulcéreux et chez un cancéreux.

Dans le néoplasme la lésion augmente sans cesse, lentement ou par à-coups, avec parfois des arrêts. La thérapeutique peut modifier temporairement les signes cliniques, mais elle est incapable de faire régresser les images radiologiques suspectes qui ne peuvent au plus que marquer une courte pause dans l'évolution de la maladie.

L'ulcère, lui, est stigmatisé par une série de poussées au cours desquelles s'établissent avec rapidité des signes radiologiques d'une importance telle que seul peut expliquer, en dehors d'une perte de substance de l'estomac, l'œdème congestif péri-ulcéreux. Or, spontanément une fois la poussée terminée, ou sous l'effet de la thérapeutique, les reliefs congestifs vont s'aplanir, entraînant la diminution puis la disparition des signes radiologiques.

A l'inverse du cancer où l'image de la lésion augmente lentement et ne décroît jamais, l'ulcère possède des signes radiologiques que l'évolution et la thérapeutique modifient profondément en un temps relativement court.

Malgré l'âge avancé du malade, le début récent des troubles, le caractère modéré des douleurs, la déficience de l'état général, l'énorme niche, *il ne faut pas conclure immédiatement au néoplasme et conseiller l'intervention*. On ne peut pas toutefois affirmer à ce moment-là le diagnostic d'ulcère.

Ni les arguments cliniques, ni les arguments radiologiques ne permettant de dire si la lésion est de na-

ture bénigne ou maligne, c'est l'évolution conjuguée au traitement médical, avec des contrôles radiographiques successifs, qui sera l'élément de distinction le plus sûr entre l'ulcère et le cancer.

Quelle durée pourra-t-on s'accorder, à partir du traitement, pour reconsidérer le malade et poser enfin fermement le diagnostic ? Pour Jordan, on devrait intervenir au bout de deux à trois semaines si le « *test thérapeutique* » n'a pas encore apporté la preuve de la bénignité de la lésion. MM. Savy, Vachon et Romagny estiment qu'un délai d'un mois est suffisant pour comparer deux séries de clichés. Gutmann, d'une part, P. Ravault, M. Girard et Viallier, d'autre part, s'accordent un mois et demi d'attente au maximum pour juger les modifications radiologiques consécutives au traitement médical. Ce délai nous paraît raisonnable, ni trop court pour nous empêcher de comparer avec assez de recul deux séries de clichés, ni trop long pour que l'on ait des regrets d'avoir attendu si le diagnostic de cancer se confirmait par la suite. Avant d'attendre ces six semaines, rien n'empêche d'ailleurs de pratiquer une série de radiographies au bout de vingt et un jours, ainsi que nous l'avons fait pour la malade de notre observation n° I, qui, à ce moment, amorçait déjà la régression de ses signes radiologiques.

Quant au traitement à employer en tant que moyen de diagnostic, disons seulement ici qu'il doit être *rigoureux*. Il faut obtenir le repos au lit, prescrire le régime habituel des ulcéreux en période de poussée douloureuse, donner du bismuth, des antispasmodiques et utiliser la protéinothérapie parentérale.

Mais nous reviendrons plus loin sur les détails de la thérapeutique. Retenons seulement cette notion : sous l'influence d'un traitement médical bien conduit, des modifications, des clichés radiographiques notées sur une courte période nous permettent actuellement de diagnostiquer l'ulcère de la portion verticale de la petite courbure chez les gens âgés. Ce qui confirme ainsi l'inexactitude du vieil adage : « Tout trouble gastrique commençant à un âge avancé a grande chance d'être néoplasique ».

QUATRIEME PARTIE

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES

Nous l'avons vu, c'est en grande partie grâce à des moyens thérapeutiques que le diagnostic a pu être solidement assis. Nous nous proposons maintenant d'étudier les modalités de ce traitement et surtout de discuter la conduite à tenir d'après les renseignements fournis par le « *test thérapeutique de bénignité* ».

Partant d'observations analogues aux nôtres, Ch. Jacquelin et M. Gandy classent cette variété d'ulcères comme une forme « *t r brante   évolution rapide* ». Pour eux il faut opérer tout de suite. « *La règle, disent-ils, est d'aller rapidement. Tout au plus peut-on perdre le temps d'une analyse du suc gastrique* ». Nous ne souscrivons pas à cette directive. En effet, si les signes cliniques et radiologiques sont impressionnants, nous ne pensons pas, et nous l'avons déjà dit, qu'ils le doivent à une perte de substance telle que la perforation soit imminente, mais plutôt à de l'œdème inflammatoire autour de l'ulcération. Pour nous, il ne s'agit pas là d'une forme opératoire d'emblée, mais d'une première poussée ulcéreuse à symptomatologie nettement affirmée. La lecture de nos observations nous confirme d'ailleurs la sensibilité spéciale de cet ulcère aux traitements médicaux. Aussi, en présence d'un ulcus géant de la portion verticale de la petite courbure, d'aspect néoplasique, nous n'envisagerons pas l'intervention d'emblée mais nous entreprendrons un traitement médical dont voici les grandes lignes :

Le *repos* absolu au lit sera de mise.

Sauf pour les formes hémorragiques, on prescrira un simple *régime d'exclusion*, assez large pour qu'il n'affaiblisse pas trop des sujets âgés déjà débilisés. On donnera les conseils habituels : mastiquer et manger lentement. On tiendra compte de la tolérance individuelle à tel ou tel aliment. Toutefois, on supprimera les mets trop gras, les aliments à frame dure et les substances irritantes.

Dans l'éventualité d'une *denture en très mauvais état*, on fera pratiquer des soins appropriés.

La *médication* sera essentiellement constituée par la *protéinothérapie parentérale* associée aux pansements gastriques et aux antispasmodiques.

Gutmann préconise l'emploi de solutions de protéines végétales spécialisées, diluées au moment de l'emploi dans 10 cc. de sérum physiologique. La cure est de douze à dix-huit injections à raison de deux à trois par semaine. L'injection doit être lente ; elle est contre-indiquée en cas de tuberculose et de néphrite.

On peut également utiliser les *acides aminés*, l'histamine à doses infinitésimales, par voie intramusculaire et intradermique. Dans nos observations n^{os} IV et V, les malades reçurent, le premier une série de quinze injections de laristine, et le second trois séries de quinze injections du même produit espacées d'une semaine chacune.

Dans les formes extrêmement douloureuses, on peut conjuguer les deux méthodes, protéinothérapie intraveineuse et acides aminés.

Dans tous les cas *le bismuth sera indispensable*, administré de préférence sous forme de carbonate à rai-

son de dix grammes un quart d'heure avant chacun des deux principaux repas.

Les *antispasmodiques* (belladone, atropine) ont une action sédative certaine. Le malade faisant l'objet de notre observation n° I vit cesser ses douleurs et disparaître ses signes radiologiques sous la seule influence d'injection quotidiennes de sulfate d'atropine associées aux pansements gastriques.

Nous n'avons pas ici la prétention de détailler tout l'arsenal thérapeutique utilisé pour l'ulcère de l'estomac, mais seulement le but d'exposer la médication qui nous paraît la plus apte à juguler dans le temps le plus court la première poussée ulcéreuse aiguë. C'est sans aucun doute la protéinothérapie parentérale jointe au bismuth et aux antispasmodiques. Le régime d'exclusion assez large et le repos compléteront le traitement.

Au bout d'un mois, un mois et demi au maximum, il faudra reconsidérer le malade. Un examen clinique minutieux nous permettra de noter l'aggravation ou l'amélioration de l'état général, l'allure de la courbe de poids et les modifications apportées par la thérapeutique au syndrome douloureux. Et surtout *on fera de nouveaux clichés radiographiques* qui seront comparés avec les anciens. Possédant ainsi ces données cliniques et radiologiques avec des points de repaire datant de plus d'un mois, nous pourrons poser enfin un diagnostic ferme et adopter un traitement approprié définitif.

Quelles sont alors les éventualités qui vont se présenter à nous ?

Les signes radiologiques auront augmenté, ou bien ils seront inchangés malgré une amélioration clinique; ils auront pu diminuer ou disparaître complètement.

Envisageons le premier cas : après un mois et demi de traitement, de nouveaux clichés montrent une niche un peu plus grande, encore plus mal imprégnée par la baryte que sur le premier film, toujours entourée d'aspects raides de la petite courbure. *Le néoplasme est certain*, il faut confier sans tarder le malade au chirurgien.

Si les signes radiologiques sont restés inchangés et même s'ils coïncident avec une amélioration clinique il faut bien se garder d'être trop optimiste. Nous pensons avec Gutmann lorsqu'il s'agit d'ulcère aigu que *« la guérison clinique est un signe trompeur ; elle n'a aucune valeur si elle n'est pas corroborée par la guérison radiologique »*. On se trouve dans ce cas en présence d'une *lésion très suspecte*. La conduite à tenir la plus prudente est sans aucun doute l'intervention chirurgicale.

Par contre si l'examen radiographique montre que, sous l'effet du traitement, la niche a notablement diminué de taille mais persiste néanmoins, nous n'envisagerons pas d'emblée l'opération. Il est probable dans cette éventualité que la lésion est bénigne, mais il existe un doute : on peut en effet expliquer la diminution des signes radiologiques par la disparition momentanée, sous l'influence du traitement, d'un processus inflammatoire péri-néoplasique. On soumettra alors le malade à une *surveillance rigoureuse* en pra-

tiquant deux à trois fois par an des radiographies de contrôle.

Enfin si les signes radiologiques ont complètement disparu après l'application du « *test thérapeutique* », on est sûrement en présence d'une de ces lésions que Gutmann qualifie de « *bénignes avec une certitude quasi-absolue* ». Il faut bien se garder d'intervenir ; cette variété d'ulcère de la petite courbure chez les gens âgés *n'est pas grave* et réagit d'une façon *particulièrement sensible à la thérapeutique*. Bien entendu *le malade restera un ulcéreux soumis aux récurrences et aux complications possibles de cette maladie*.

En somme, en un mois et demi au maximum, l'ulcère géant, pseudo-néoplasique, de la portion verticale de la petite courbure chez les gens âgés doit faire sa preuve par la disparition ou la diminution très nette des signes radiologiques sous l'influence d'un traitement médical rigoureux. On ne doit pas envisager d'emblée un acte opératoire, n'oubliant pas que « *l'ulcère guérit dans la majorité des cas par le simple traitement médical lorsqu'il est soigné dès l'apparition des premiers symptômes* » (Professeur Savy).

CONCLUSIONS

I. — Une forme particulière d'ulcus gastrique est réalisée par l'ulcère géant de la petite courbure (portion verticale) évoluant avec une allure pseudo-néoplasique chez des sujets âgés.

II. — Il survient à partir de la cinquantaine, en dehors de tout passé gastrique, reproduisant un tableau clinique qui évoque le néoplasme ou le cancer ulcérimforme.

Les radiographies montrent une niche large, suspecte de malignité bien qu'elle siège sur la portion verticale de la petite courbure.

III. — On fait le diagnostic grâce à l'efficacité sur les signes cliniques et sur l'image radiologique d'un traitement médical bien conduit.

Ce traitement doit faire ses preuves au cours d'une période n'excédant pas un mois et demi.

IV. — Au bout de ce délai, la persistance ou l'accroissement des signes radiologiques commande immédiatement l'acte opératoire.

V. — Cette forme particulière d'ulcère de la petite courbure soulève un problème de diagnostic et par conséquent de pronostic qui ne peut être résolu que par la surveillance attentive du malade sur le plan clinique et surtout radiologique.

<i>Vu :</i>	<i>Vu :</i>
<i>Le Doyen,</i>	<i>Le Président de la Thèse,</i>
JEAN LEPINE.	SAVY.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 29 Novembre 1941.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GAU.

BIBLIOGRAPHIE

- ARSAC (R.). — Du traitement des ulcères gastro-duodénaux par l'aminothérapie. *Thèse*, Lille, 1938.
- BARBIER (J.) et PIQUET (G.). — L'ulcère gastrique aigu d'origine dentaire. *Journ. Méd. de Lyon*, 20 octobre 1941.
- BOCCA (Cr.) et RICO (M.). — Ulcère géant de la petite courbure. *Cahiers de Gastro-entérologie*, juin 1937.
- BOUCHUT et LEVRAT. — La dégénérescence cancéreuse de l'ulcère de l'estomac. *Journ. Méd. de Lyon*, 1932.
- BRACHET. — Contribution à l'étude d'un type clinique de cancer gastrique. Le cancer ulcérimforme. *Thèse de Lyon*, 1937.
- BRUDI (M.). — Etude du traitement de l'ulcère gastro-duodénal par l'histamine à petites doses. *Strasbourg*, 5 janvier 1933, .. XCIX, n° 1, pages 2-8 et 15 janvier 1939, t. XCIX, n° 2, pages 17-21.
- BURGER (G. N.) et MERREL (P.). — Un cas de large ulcère non malin. *Jal. Med. Am. Ass.*
- CAIN (A.) et FACQUET. — L'ulcère de l'estomac et du duodénum chez le vieillard. *Pratique Médicale*, janvier 1934.
- CHAPUY (A.). — A propos des ulcères gastriques ou duodénaux chez les sujets de plus de 45 ans. *Lyon Médical*, 1936.

- CHÊNE (P.) et GORSE (J.). — Réflexions sur 50 ulcères de la petite courbure. *Gaz. Méd. de France (suppl. de gastro-entérologie)*, 15 novembre 1935, pp. 3-5.
- CROSS (K. S.). — Examen radiologique de l'estomac et du duodénum avec références spéciales sur le diagnostic précoce du cancer. *Br. Med. Journ.*, 22 février 1936, t. I, pp. 353-357.
- DANÈS. — Le début clinique des ulcères gastro-duodénaux. *Journ. Soc. Méd. Lille*, 5 avril 1936, pp. 366-369.
- FISCHER (G.). — Ce que pratiquement le médecin doit savoir des acquisitions récentes sur l'ulcère de l'estomac. *Concours Méd.*, 12 juin 1938, t. IX, n° 24, pp. 1661-1663.
- FRAPIN (G.). — Essai de traitement des ulcères gastro-intestinaux par l'histamine. *Thèse*, Bordeaux, 1938.
- FRASER (J.). — Ulcère de la petite courbure de l'estomac. *Journ. Intern. de Chirurgie*, juillet 1936, n° 4, pp. 395-441.
- GALLART, MONÈS et PINOS. — Fausse image de cancer de l'estomac. *Arch. des Maladies de l'App. Dig.*, 1937.
- GARIN (Ch) et BERNAY (P.). — A propos du diagnostic précoce du cancer gastrique. Difficultés d'interprétation de certaines images radiographiques. *Lyon Médical*, 11 avril 1937, t. CLIX, pp. 409-411.
- GOSSET (A.), GUTMANN (R. A.) et BERTRAND (I.). — A propos des diagnostics de cancer gastrique au début. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 4 avril 1938, t. LIV, n° 12, pp. 512-515.

- GUTMANN (R. A.). — Les syndromes douloureux de la région épigastrique, t. I, Paris, 1940, *Doin*.
- Ulcères et cancers ulcéreux. *B. et M. Académie de Chirurgie*, 10 juin 1936.
- Sur certains débuts atypiques, d'apparence grave dans l'ulcère. *Arch. Mal. Tube digest.*, décembre 1937, t. XXVII, n° 10, pp. 1053-1060.
- L'ulcère géant de la petite courbure. *Les Feuilles du Praticien*, décembre 1938.
- La niche géante de la petite courbure. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 27 janvier 1939.
- GUTMANN (R. A.), BERTRAND et PERISTIANY. — Le cancer de l'estomac au début. *Doin*, Paris, 1940.
- GUTMANN (R. A.) et VOULPIOTIS (G.). — Le début des ulcères. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. Paris*, 16 décembre 1935, p. 1679.
- HABERER (J. von). — Sur la fréquence et l'importance des diagnostics erronés pour l'ulcère et le cancer de l'estomac et du duodénum. *Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*, 1935, t. CCXLV, pp. 744-755.
- HEINANEN (N.). — Quels sont les résultats que donne le traitement interne de la maladie ulcéreuse. *Acta Med. Scand.*, t. LXXXIX, pp. 327-331.
- HILLEMANN (P.) et GARCIA CALDERON (J.). — Caractères radiologiques des ulcères de la petite courbure gastrique. *Ann. Méd. Chir.*, 15 janvier 1937, t. II, n° 1, pp. 21-26.
- HINTON, TRUBEK. — Ulcère gastrique et cancer de l'estomac. *Surg. gyn. a Obst.*, janvier 1937.
- JACQUELIN (Ch.) et GANDY (M.). — Ulcères térébrants à évolution continue et rapide sur l'estomac et le duodénum. *Arch. Mal. App. Digestif*, avril 1936.

- JORDAN. — Ulcère gastrique et cancer. *Journ. of Am. Med. Ass.*, 25 novembre 1939.
- KAHLSTORF (A.). — La niche en temps que symptôme du cancer de l'estomac. *Deutsch. Med. Wochens.*, 15 novembre 1935, t. XLI, pp. 1839-1842.
- LACROIX et BLONDEAU. — Niche en plateau ulcéreux. *Bull. de la Soc. Méd. de Radiologie de France*, février 1937.
- LANCE (P.). — A propos du diagnostic précoce du cancer de l'estomac. *Médecine*, novembre 1938, vol. XIX, n° 16, pp. 878-890.
- LANCHOU. — Ulcère géant de la petite courbure. *Thèse*, Paris, 1939.
- MATHIEU et MOUTIER (F.). — L'ulcus géant de la petite courbure. *Arch. des Mal. App. Digest.*, octobre 1919.
- MERCADIER (G.). — De l'ulcère gastro-duodénal chez les gens âgés. L'ulcère jeune chez les vieux. *Thèse*, Paris, 1938.
- MONGES (J.). — Enorme niche gastrique. Disparition. *Arch. Maladies tube digestif*, décembre 1937, t. XXVII, n° 10, pp. 1060-1062.
- MOULONGUET (M.-P.). — Ulcères aigus de l'estomac et du duodénum. *Soc. Gastro-Entérol. Paris*, séance 8 novembre 1937, in *Arch. Mal. App. dig. et Mal. Nutrit.*, janvier 1939, n° 1, p. 59.
- MOUTIER (F.). — Etude gastroscopique de l'ulcère géant de la petite courbure. *Doc. Méd.*, avril 1936.
- Traitement médical ou chirurgical dans l'ulcère gastro-duodénal. *Journ. Belge Gastro-Entéro.*, juin 1937, t. V, n° 6, pp. 485-488.

- NEWCOMB (W. D.). — La recherche de la vérité avec références spéciales à la fréquence de l'ulcéro-cancer gastrique. *Proc. Roy. Soc. Med.*, décembre 1936. n° 2, pp. 113-118.
- PECO (G.) et FERREIRA (F. I.). — Ulcère géant de l'estomac. *Semana Medica* (Buenos-Ayres), 10 janvier 1935.
- PERISTIANY. — Le cancer ulcérimforme. *Thèse de Paris*, 1937.
- RAVAULT (P.), GIRARD (M.) et VIALIER (J.). — Deux cas d'ulcère géant de la portion verticale de la petite courbure, à allure pseudo-néoplasique, chez les sujets âgés. *Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 12 novembre 1940.
- RISPAL et TIMBAL. — L'ulcère de l'estomac tardif. *Toulouse Médical*, 10 août 1913, p. 224.
- SAVIGNAC. — Fausse image radiologique de cancer gastrique. *Arch. Mal. App. Digestif*, mars 1937.
- SAVY (P.). — Traité de thérapeutique clinique. T. I. *Masson*, Paris 1940.
- SAVY (P.), FROMENT (R.), CHAPUIS et JEUNE. — Anomalies de la douleur dans l'ulcère gastro-duodénal. *Presse Méd.*, 21 avril 1937, p. 609.
- SAVY (P.), VACHON (A.) et ROMAGNY (G.). — Les ulcères géants de la petite courbure. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 avril 1939.
- Aspects radiologiques pseudo-néoplasiques de l'ulcère gastro-duodénal. Intérêt diagnostique du « test thérapeutique de bénignité ». *Journal de Médecine de Lyon*, 20 juin 1941.

THIELE (W.). — Sur le diagnostic précoce du cancer gastrique. *Med. Welt.*, 19 février 1938, t. XII, n° 8, pp. 266-268.

VACHON (A.), JEUNE (M.) et ROMAGNY (G.). — Niche géante de la petite courbure avec image en pessaire. Test thérapeutique de bénignité. *Soc. Méd. des Hôpitaux de Lyon*, 10 décembre 1940.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.	13
Rappel historique	15
Généralités.	18
<i>Première partie.</i> — OBSERVATIONS.	21
<i>Deuxième partie.</i> — INDIVIDUALISATION DU SYNDROME.	
ME.	55
Circonstances étiologiques.	57
Caractère récent des troubles.	59
Symptomatologie.	59
Variantes cliniques.	61
Les signes radiologiques	62
Evolution.	66
<i>Troisième partie.</i> — DIAGNOSTIC.	69
<i>Quatrième partie.</i> — CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES.	77
CONCLUSIONS.	85
BIBLIOGRAPHIE.	89

IMPRIMERIE
BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU
42, QUAI GAILLETON, 42
LYON

